

Alessandro Cavelzani ¹

Ricerca Psicoanalitica, 2009, Anno XX, n.2, pp. 254-265

PRIVACY DELL'ANALISTA E PRESENZA A SE STESSO DEL SISTEMA ²

Commento al caso clinico di Steven H. Cooper.

SOMMARIO

L'A. si propone di discutere alcuni dei più importanti concetti, quali *rêverie* e *privacy*, presentati da Cooper, mettendoli a confronto con le attuali teorie dei sistemi viventi complessi dinamici e non lineari. In particolare, la *rêverie* e la *privacy* sono considerate come delle proprietà emergenti dell'analista inteso come sistema complesso.

Successivamente, attraverso anche l'esemplificazione di due casi clinici, viene posta la questione di cosa possa succedere se l'analista non è adeguatamente presente a se stesso, non facendo buon uso della propria *privacy*.

SUMMARY

The Analyst's Privacy and the System's Self-Consciousness

The A. proposes a discussion about the Steven Cooper's ideas of *rêverie* and *privacy* connecting them with the contemporary theories of complex dynamic living systems and the self-consciousness. At this regard, *rêverie* and *privacy* can be thought emerging properties of the analyst as complex system.

Further, clinical exemplifications are presented to show the connection between analyst's privacy and self-consciousness.

È la prima volta che ho la possibilità e l'onore di scrivere un commento al lavoro di un grande analista e professore quale Steven Cooper. Pertanto, per fare bella figura, ero tentato di scrivere pagine di apprezzamenti ed elogi verso le idee che ha presentato, il suo modo di aver condotto la cura dei casi, il suo

1 Psicoanalista, socio candidato SIPRe. Psicologo clinico presso l'Ospedale Fatebenefratelli, Milano - Centro per la ricerca e il trattamento dell'ansia e della depressione. Email: alessandro.cavelzani@libero.it

2 Relazione originale a commento del *Caso clinico di Annie* presentato da Steven H. Cooper al Seminario organizzato a Milano il 8 novembre 2008 e a Roma il 15 novembre 2008 dalle Scuole di specializzazione in Psicoanalisi della Relazione (SIPRe).

stile personale. Da come ho conosciuto però Steven Cooper in occasione del suo seminario al Centro SIPRe di Milano lo scorso Novembre, ho pensato che lo avrebbe fatto annoiare terribilmente e non è escluso che si sarebbe arrabbiato pure in quanto mancanza di rispetto nei confronti del suo costante sforzo di aprirsi al confronto.

E questo perché mi è parso una persona assai disponibile a mettersi in gioco, a condividere con gli altri le proprie idee, a discutere in pubblico dei propri casi e per questo l'ho molto apprezzato perché credo che aprirsi al confronto non sia cosa semplice. Pertanto, nell'intento di proseguire il dialogo, cercherò in questo scritto, di presentare apertamente le mie idee, sia commentando brevemente i concetti teorici descritti nell'articolo di Cooper mettendole in rapporto con la teoria dei sistemi viventi complessi non lineari e, più nello specifico, con la capacità riflessiva e la presenza a se stesso del sistema, sia infine presentando due esemplificazioni cliniche.

Ho trovato innanzitutto le idee di Cooper da un lato molto stimolanti perché riprendono concetti chiave classici come neutralità, *rêverie*, *disclosure*, *privacy*, ripensandoli in un contesto teorico culturale contemporaneo, dall'altro sono utili per la pratica clinica e la conduzione della cura, poiché sottolineano e illustrano il fondamentale processo continuo autoriflessivo dell'analista.

Più in dettaglio, un primo rilevante concetto presentato è quello di *rêverie* che, ripreso da Ogden, viene approfondito nei termini non solo di fantasticherie e dissociazioni, ma anche di conversazioni e dialoghi interni che l'analista si trova a vivere nella seduta con il paziente. D'altra parte, trattandosi di contenuti prevalentemente inconsci, non è scontato a mio avviso che il terapeuta ci entri in contatto. Concordo dunque su quanto sia fondamentale che l'analista si dia lo spazio per cercare di coglierne almeno "un fuggevole momento", occupandosene riflessivamente per comprendere in che termini la *rêverie* si riferisce alla cura sia sul versante del paziente e di ciò che sta esprimendo in quel momento, sia sul versante personale del terapeuta in veste di sue proprie parti che si attivano nel legame analitico.

Con il concetto di "immaginazione etica" Cooper fa riferimento alla capacità dell'analista di pensare in anticipo a cosa dire al paziente, a cosa interpretare, filtrando e selezionando attivamente tra le proprie fantasticherie, associazioni e differenti possibili modalità di intervento, il materiale da comunicare al paziente, cercando di prevedere le conseguenze desiderabili e quelle temibili che da quell'intervento scaturirà. Nelle parole di Cooper, "è necessaria un'etica di come fare uso di questi legami nel comprendere l'invischiamento della relazione transferale e controtransferale, e il modo in cui prevediamo che questi legami saranno sperimentati".

Trovo poi molto rilevante l'idea che le differenti forme di intervento che si attivano nella mente dell'analista rappresentino modalità diverse del suo fare esperienza del paziente, giacché questa intuizione costituisce un'ulteriore esemplificazione della soggettività del terapeuta e soprattutto di quanto sia fondamentale per la cura che l'analista sia il più possibile presente a sé riguardo se stesso e il legame anche inconscio che lo unisce all'altro.

Un altro concetto centrale del *paper* di Cooper è la *privacy*, intesa come lo spazio mentale privato dell'analista che gli "permette di pensare a come e a cosa sto agendo (*enacting*) e come sto per agire quando mi trovo in un momento interpretativo con un paziente". Consente inoltre di cogliere e di pensare da un lato ai propri vissuti emotivi suscitati nell'interazione, dall'altro di elaborare le fantasie e i conflitti del paziente.

Quello che non trovo tuttavia esplicitato nell'articolo di Cooper, e che invece mi sembra importante porre in evidenza in questo scritto, è la possibilità di inquadrare le idee presentate, in particolare quelle di *rêverie* e di *privacy*, all'interno della prospettiva teorica ed epistemologica dei sistemi viventi complessi, in base alla quale tali concetti sono considerati espressioni, funzioni, capacità o, in altri termini, "proprietà emergenti" dell'Analista-Soggetto pensato come sistema complesso.

Soggetto come sistema dinamico complesso

Sander (2002) intende per sistema un “insieme di elementi uniti da un certo tipo di regolare interazione e interdipendenza, (...) un gruppo di unità diverse rapportate tra loro in modo tale da costituire una unità integrale”. Un sistema che può anche essere denominato organizzazione ossia un “tenersi insieme o coerenza di parti profondamente diverse”. Il funzionamento del sistema complesso è organizzato in livelli differenti e crescenti per complessità di organizzazione interna, e all’aumentare della quale emergono delle proprietà tipiche del sistema (ad esempio la coscienza) che non erano presenti all’inizio e che pur dipendendo dai livelli inferiori e basici, non sono ad essi riconducibili in modo deterministico e lineare nella logica causa-effetto.

Anche l’essere umano è un sistema, e in particolare un sistema aperto, complesso, dinamico e non lineare, in continua interazione con l’ambiente esterno. I suoi comportamenti e, più in generale il suo andamento e il suo sviluppo, seguono la logica della non linearità, sono caratterizzati cioè da sensibilità alle condizioni iniziali ma al contempo apertura ad ogni direzione e quindi incertezza sui possibili esiti, deviazioni e comportamenti futuri che sono il risultato di una molteplicità di fattori. L’essere umano è inoltre un sistema dotato di continuità e stabilità nel tempo.

Un’altra capacità del sistema è quella di auto-organizzarsi, auto-regolarsi e auto-correggersi, essendo contemporaneamente in costante relazione e interazione con altri sistemi, in un continuo processo che sembra paradossale in quanto “il processo della vita richiede [allo stesso tempo] sia una costante continuità, sia un costante cambiamento” (Sander, 2002). In aggiunta, Tronick (1998) precisa che “ogni individuo è un sistema che si auto-organizza e crea i propri stati di coscienza (stati di organizzazione del cervello) che diventano stati più coerenti e complessi in collaborazione con un altro sistema auto-organizzante”.

Minolli (2006) indica inoltre che “l’unitarietà del sistema non è data dalla nascita. Viene conquistata passo, passo, all’interno del gioco relazionale e interattivo tra organismo e ambiente. (...) Soggetto si diventa all’interno di tappe o momenti importanti”. Come dimostrato anche dagli studi dell’*Infant Research*, attraverso il superamento di tali momenti, si nota in particolare il graduale emergere e svilupparsi della coscienza e della capacità riflessiva. Più in dettaglio, come indica Minolli, è possibile distinguere tra coscienza percettiva, coscienza intellettiva e autocoscienza.

Prima dei 15-18 mesi è la fase caratterizzata da coscienza percettiva o diretta. Essa permette di cogliere l’oggetto in interazione con se stessi in un rapporto di auto e mutua regolazione. È un funzionamento psichico automatico, in cui non ci sono significati riflessivi oggettuali. Come ricorda anche Edelman (1991), questo tipo di coscienza si fonda sulla percezione, sull’apprendimento e la memoria, e permette di distinguere il sé dal non sé. In questo senso è presente negli animali ed è riconoscibile tipicamente in quelli domestici.

La seconda fase dello sviluppo del Soggetto è quella successiva ai 15-18 mesi, in cui vi è l’emergere della capacità riflessiva che caratterizza la coscienza intellettiva. Questa capacità consente al soggetto di riflettere sui propri pensieri e su quelli degli altri, sviluppando delle “teorie della mente” di coloro con i quali entra in relazione. Permette in altri termini di formulare delle ipotesi soggettive circa i motivi e le aspettative alla base del comportamento proprio e altrui. Tramite la capacità riflessiva è possibile attribuire un significato soggettivo all’interazione con l’altro. È sapere di sapere, pensare sui propri pensieri.

Oltre alla coscienza intellettiva, l’essere umano possiede anche un altro tipo di coscienza, l’autocoscienza o presenza a se stesso. Questo concetto ha le sue origini nel pensiero di Hegel (1807). Più in dettaglio, in Hegel l’autocoscienza (*Selbs-Bewusstsein*) è la capacità umana di cogliere se stessi riflessivamente, ed è resa possibile dall’esistenza nell’uomo della capacità riflessiva. Come indica Minolli, a differenza della coscienza intellettiva, elimina l’osservazione dell’oggetto in modo “oggettivo”, cioè intellettualmente distaccato e neutro, per aggiungere invece la dimensione soggettuale in quanto tale

senza oggettivarla. In questo senso è possibile intendere dunque il soggetto come un sistema che, non fermandosi alla sensazione, alla percezione e all'intelletto, giunge all'autocoscienza, cioè ad una qualità totalmente diversa e unica, in cui coglie se stesso nella dialetticità tra sé e l'oggetto, e in cui si può riconoscere nella dimensione propria che ne emerge, dando luogo ad una presenza a se stesso del sistema. L'autocoscienza descrive quindi la qualità dell'essere umano. Essa però non è riducibile alla razionalità o alla sola funzione della capacità riflessiva tipica dell'uomo, essendo molto diversa dalla dimensione esclusivamente mentale, razionale o intellettualistica. È una qualità del sistema e, in quanto tale, caratterizza in modo globale il soggetto, comprendendo allo stesso tempo le dimensioni emotive e cognitive, del corporeo, del mentale e del riflessivo. L'autocoscienza è pertanto presenza a se stesso del sistema. È un essere in contatto profondo con se stesso, un cogliersi, un riconoscersi in relazione con - ma allo stesso indipendentemente da - cose, contenuti e desideri dell'altro.

In conclusione, capacità riflessiva, autocoscienza, presenza a se stesso del sistema, ma anche *reverie* e *privacy*, possono essere intese come delle proprietà emergenti del soggetto pensato come sistema complesso.

***Privacy*, capacità riflessiva e presenza a se stesso del sistema**

Mettendo in rapporto il concetto di *privacy* descritto da Cooper con quelli di autocoscienza e Presenza a se stesso del sistema descritti da Minolli, sostengo che in quanto spazio mentale privato la *privacy* possa consentire all'analista di pensare, utilizzando la propria capacità riflessiva per espandere il livello di Presenza a se stesso (o espandere la propria coscienza, per dirla con un'espressione di Tronick).

Presenza dell'analista a se stesso significa anche, a mio parere, accorgersi e rendersi conto del modo di autoregolarsi e di regolarsi interattivamente nella relazione con il paziente: non solo nei confronti di bisogni ed emozioni in senso stretto, ma anche di come si risponde e ci si "adatta" alle questioni poste dal paziente attraverso, ad esempio, l'affacciarsi alla mente dell'analista di vissuti emotivi, associazioni con la propria esperienza, ricordi e conoscenze teoriche apprese in supervisione e a lezione, fantasticherie, dialoghi interni, prefigurazioni di interventi e interpretazioni possibili. All'interno dello spazio della cura, l'attivarsi del mondo interno dell'analista credo cioè possa essere letto anche come un'espressione del tipo di equilibrio personale raggiunto e del suo modo di auto regolarsi e regolarsi interattivamente in quel contesto. Per fare un esempio, pensiamo ad un terapeuta che, più o meno rendendosene conto, si spaventa di fronte a una comunicazione del paziente o ad una sua espressione di cambiamento e apertura benché evolutiva e positiva, oppure al contrario la riconosce, la sostiene ed è pronto a rilevare eventuali segnali di resistenza. Ancora, immaginiamo il caso in cui un paziente si stia lamentando incessantemente in seduta dei suoi pensieri e rituali ossessivi che lo infestano e gli rendono la vita impossibile, turbandogli anche il sonno con angoscianti incubi, e il terapeuta è colto da un senso di profonda noia e fastidio e si mette a pensare al suo prossimo weekend alle terme per cercare di non soccombere sotto tutte quelle schiaccianti ideazioni mortifere. In questi esempi, annoiarsi, spaventarsi o rallegrarsi con il paziente credo possano costituire modalità differenti di autoregolazione e di regolazione interattiva del terapeuta all'interno di una relazione clinica. Appare pertanto evidente quanto sia fondamentale per il buon andamento della cura che nel processo clinico l'analista si dia lo spazio (*privacy*) per pensare alle manifestazioni del proprio mondo interno, ai personali vissuti emotivi, alle associazioni, alle fantasticherie, alle rappresentazioni del paziente e del legame che li unisce.

Pongo a questo punto una questione. Che succede quando il terapeuta non è presente a se stesso? Se pensiamo all'autocoscienza e al divenire presenti a se stessi non come qualcosa che si attua e si raggiunge una volta per tutte, ma come un processo che avviene in modo continuo, per tutta la vita nel momento in cui il soggetto (l'analista) si rende disponibile a mettere mano a sé, allora possiamo ipotizzare che esistano momenti in cui il terapeuta rischi di fermarsi e chiudersi nel proprio personale processo elaborativo,

convinto magari del sapere raggiunto, o che esistano almeno momenti in cui non si ferma a pensare adeguatamente a se stesso e a cosa sta accadendo a quella relazione con quel paziente.

Cosa può dunque capitare se il terapeuta non è sufficientemente presente a se stesso? Come ha indicato Cooper nel suo articolo e come forse esemplificherà il seguente caso clinico di un mio paziente che ha interrotto la cura, può succedere che il terapeuta non si accorga, per esempio, di quello che vuole a tutti i costi curare di sé nel paziente, in situazioni in cui magari il paziente non ha neppure voglia di essere curato.

Cooper sottolinea molto quanto sia importante che l'analista "usi la relazione con il paziente per penetrare lì dove si trova la sua identità più profonda complementare a quella del paziente. Si può dire che l'analista ha bisogno di trovare la parte di sé che deve essere curata curando il paziente. Ciò comporta, a volte, un aprirsi a parti probabilmente non gradite di noi stessi". È quindi essenziale che l'analista si renda disponibile a riflettere su di sé, invece quando "tira diritto" inevitabilmente il sistema si sta chiudendo, arroccandosi nella fortezza delle proprie convinzioni storiche.

Marco è un avvocato di successo, ha fatto una brillante e rapida carriera lavorando sempre senza risparmiarsi, e ora a 45 anni è già a capo di un grande studio in pieno centro a Torino, con alle sue dipendenze numerosi legali e praticanti. Nonostante i suoi guadagni siano molto alti e gli "consentano di circondarsi di auto sportive e di lusso, e possedere alcuni appartamenti in esclusive località di villeggiatura arredate da designer famosi", Marco lamenta notevoli difficoltà a "godersi la vita". Fin da bambino è in particolare ossessionato dalle manifestazioni del proprio corpo quali ad esempio un rossore della pelle, un leggero tremito nervoso, un dolore muscolare, un prurito, da lui subito interpretati come "chiari segnali della presenza di un male incurabile e del cancro", ed è quindi molto angosciato dall'idea di stare per morire. Nel corso degli anni si è sottoposto a numerosi ricoveri e visite mediche, presentandosi anche più volte al pronto soccorso lamentando la comparsa di tali segnali come la prova dell'esistenza in lui della malattia ma, nonostante gli esiti degli esami clinici abbiano sempre escluso la presenza di qualche malattia organica e i medici abbiano spesso cercato di tranquillizzarlo, con il passare del tempo Marco ha iniziato a non credere ai dottori, colpevoli secondo lui di non dirgli la verità. Può essere utile precisare che il paziente riferisce che quando da bambino parlava ai genitori di questi sintomi, non veniva da loro considerato, e iniziarono a portarlo dai dottori solo successivamente, quando Marco manifestava angosce incontenibili per la malattia.

Un suo passatempo preferito è fare *trekking* e alpinismo in montagna, ma anche al riguardo riferisce che frequentemente non se lo gode poiché si sente spinto da una irresistibile costrizione a dover scalare più cime per volta poiché, quando arriva in vetta, deve subito scendere velocemente per scalarne immediatamente un'altra, e poi un'altra ancora, con spesso il rischio di ritrovarsi completamente esausto, in alta quota, di notte e al freddo, senza aiuti.

Marco dice che in effetti, una volta raggiunta una cima, gli piacerebbe fermarsi a godersi il panorama, ma non può, "deve proseguire a tutti i costi".

Sul versante affettivo, non è sposato ma ha una compagna con cui ha avuto due bambine di circa 5 anni di età, che sono la sua "croce e delizia": vuole loro molto bene, ma è ossessionato dalla preoccupazione di non riuscire a garantire un adeguato tenore di vita ai propri figli soprattutto quando lui a breve sarà morto a causa del temuto cancro. Altro particolare è che la compagna e i figli vivono a Roma, mentre Marco vive a Torino. Il paziente argomenta il motivo della relazione a distanza in base alla convinzione che "tra poco morirà e quindi non ha senso sradicare la compagna dal suo lavoro e dalle sue amiche e i figli dalla scuola, e di contro io non posso mica piantare qua tutto". Di fatto però Marco si lamenta del viaggio in auto che ogni weekend deve sostenere per andarli a trovare, viaggio vissuto come costoso e molto stancante. Nei pochi e brevi giorni di vacanza che Marco riesce a concedere a sé e alla famiglia, il tempo viene descritto passare

“nell’ossessione di avere i sintomi del male incurabile e nella convinzione di stare per morire”. Riferisce inoltre che la compagna non solo non riesce a calmarlo, ma anzi ormai lo rimprovera di essere “pesante e negativo”.

I genitori di Marco vivono invece a Genova. La madre è descritta come “una paziente psichiatrica”, sembra sia in carico da più di 30 anni al cps della città ma di fatto pare non andarci né per un sostegno psicologico, né per un controllo dei farmaci. I sintomi della madre vengono descritti in termini di rituali ossessivi di pulizia e continua angoscia di essere contaminata. Racconta ricordi in cui la madre “passa le giornate in casa vestita con una speciale tuta bianca con mascherina usata in genere dagli addetti alla rimozione dell’amianto sui tetti per paura di essere contaminata dai batteri”. Il padre è invece descritto sinteticamente come un uomo a tratti “buono”, a tratti che colpevolizza Marco per il suo “lamentarsi di avere malattie immaginarie”.

Marco si è presentato al centro pubblico di salute mentale dove, dopo un primo colloquio con un medico psichiatra, ha iniziato con me una psicoterapia. Il paziente si dice da subito scettico sia verso i medici che non gli dicono la verità circa il suo essere malato, sia verso gli psicologi giacché è convinto che il suo problema “è reale, non è psicosomatico e non è interessato a perdere tempo con tutte le minchiate teorizzate da Freud che parlano sempre del desiderio inconscio di andare a letto con la propria madre”.

Marco chiede e si aspetta comunque di essere aiutato dallo psicologo a “prepararsi alla morte” in quanto malato terminale.

Mi piaceva come paziente perché lo trovavo molto intelligente, in molti aspetti simpatico, con una buona capacità riflessiva e molte volte mi sembrava fossimo in grado di lavorare proficuamente a un livello riflessivo e di contatto con se stesso. Tuttavia dopo circa 3 mesi Marco ha deciso di interrompere la cura argomentando che “tanto non cambia niente, e che pur essendo culturalmente molto interessante parlare della sua vita in generale oltre la mera preoccupazione per i sintomi della malattia e della convinzione di stare per morire, lui stava in verità perdendo tempo rispetto ad un cancro che avanzava”.

Ho scelto di presentare brevemente questo caso per discutere non tanto dell’inquadramento diagnostico di Marco, del suo funzionamento psicodinamico o di come si sarebbe potuto condurre meglio il caso dal punto di vista tecnico evitando magari che la terapia si interrompesse, quanto vorrei esemplificare il mio avere proceduto animato dal *furor curandi*, senza essermi preso adeguato spazio per pensare se, innanzitutto, Marco fosse stato davvero motivato a mettere mano a se stesso o se al contrario, come alla fine mi è stato suggerito in supervisione, questo paziente stesse piuttosto domandando altro, ad esempio un spazio in cui solo sfogare e affermare il suo ritenersi una povera vittima di un mondo crudele, cercando una conferma del suo essere “spacciato”. In questo senso, facendo invece esperienza della cura analitica come possibilità di mettere mano al suo credersi senza via d’uscita, si è bloccato e ritirato. Penso rammaricandomi di non essermi fermato adeguatamente a riflettere poiché ricordo che, dinanzi a tali stimolazioni provenienti dalla supervisione, tendevo a chiudermi nelle mie ipotesi interpretative sostenendo che quel tipo di comunicazioni del paziente non fossero un segno di scarsa motivazione a curarsi quanto invece tipiche difese e resistenze rispetto al desiderio di curarsi e mettere mano a se stesso.

Avevo difficoltà infatti a pensare all’ipotesi che il paziente non fosse motivato alla cura poiché davo per scontato l’esistenza del desiderio a curarsi per stare bene in ogni persona che va a chiedere aiuto psicologico, un desiderio magari ostacolato da potenti resistenze che avrei potuto sciogliere attraverso le classiche interpretazioni.

Per dirla con Cooper, non mi accorgevo di quella parte di me che volevo a tutti i costi curare nel paziente, forse quella parte che si identificava inconsciamente con il suo ritenersi vittima di un mondo crudele e ingiusto.

Non avevo presente a me stesso dunque che stavano agendo quelle soluzioni identitarie inconscie personali che storicamente tendevano a farmi considerare poverino, incompreso, spacciato, non degno di godersi niente e che quindi deve, per non sentire l'angoscia, sovraccaricarsi di lavoro, proprio come Marco doveva incessantemente scalare una cima dopo l'altra. In termini freudiani e kleiniani si potrebbe forse dire che ero animato dal *furor curandi* nel paziente gli aspetti di me rabbiosi e ribelli verso identificazioni con figure genitoriali interiorizzate in un Super Io troppo severo e rigido, o verso oggetti interni sadici e persecutori, o verso quello che Luborsky nel suo CCRT chiamerebbe il "tema conflittuale relazionale centrale", e altre possibili interpretazioni. Muovendomi in una prospettiva psicoanalitica relazionale e nell'ottica dei sistemi complessi, sono del parere che, mio malgrado senza accorgermi, mi sono chiuso nella mia convinzione di avere capito già tutto di Marco e di poterlo così curare a tutti i costi. Anche se lui forse non lo voleva.

Vediamo ora un altro caso.

Fabio ha quarant'anni, è sposato felicemente e ha un bambino che è la sua gioia più grande. Lavora come valido impiegato in banca da più di dieci anni dove è ben voluto e stimato da tutti; si lamenta però spesso del sovraccarico di lavoro, della routine e della mancanza di opportunità di carriera.

Perse purtroppo una gamba a 18 anni, a causa di un tragico incidente, da cui sembra però essersi ripreso con grande forza, e la speciale protesi gli permette di continuare a fare quasi tutto, dal guidare, al fare il bagno, ad andare in bicicletta.

Nonostante questo dramma, nel complesso Fabio si dice soddisfatto della propria vita e di quello che è riuscito a costruire. Soffre tuttavia da alcuni anni di attacchi di panico e della correlata paura che gli capitino all'improvviso situazioni spiacevoli.

Riguardo i genitori, il paziente parla spesso del padre e del rapporto di dipendenza che ha sempre avuto con lui e del non essersi mai sentito libero di esprimersi e decidere in autonomia o perché il padre agiva al posto del figlio, o perché lo criticava e disapprovava continuamente per le sue scelte, sia scolastiche e lavorative, sia nella scelta degli amici e delle fidanzate.

Dopo due anni di terapia, Fabio sembra presentare ora una risoluzione sintomatica: gli attacchi di panico e la relativa paura sembrano essere scomparsi e il paziente riferisce di sentirsi molto meglio.

Tuttavia, sono del parere che sia comparso un nuovo sintomo, che è anche forse un sintomo della coppia analitica: il paziente da molti mesi non paga le sedute e manifesta molta difficoltà a parlarne. Quando riusciamo a discuterne, per lo più si lamenta di essere in difficoltà economiche (la moglie non lavora, il figlio va a scuola, hanno acquistato casa, ha creato alcuni debiti) nonostante continui a lavorare senza risparmiarsi e a sovraccaricarsi di straordinari.

Ho accennato brevemente a questo caso per esemplificare ancora, in accordo con Cooper, l'importanza della *privacy* come spazio mentale privato del terapeuta per pensare riflessivamente su di sé, sul paziente e su quanto sta accadendo nella relazione di cura. Più precisamente, vorrei discutere di quello che ho chiamato il sintomo della coppia analitica, cioè il non pagare le sedute per parecchio tempo, unitamente alla difficoltà reciproca di parlarne.

Personalmente avevo sempre atteso con la speranza che prima o poi avrebbe pagato, ma di fatto mi ritrovavo impotente ad andare dietro alle difficoltà espresse da Fabio. L'idea di chiedergli i soldi mi faceva sentire cattivo, sadico e cinico perché lo immaginavo poverino, bisognoso, indebitato e che si dannava l'anima per arrivare a fine mese. Con il passare del tempo però, accanto a questi vissuti di pietismo bonario, iniziarono a comparire anche rabbia e frustrazione perché, vivendo del mio lavoro, il mancato guadagno rischiava di mettermi in difficoltà, e soprattutto non mi sentivo riconosciuto nel mio impegnarmi con lui professionalmente. Mi sentivo intrappolato in un infelice gioco di reciproca dipendenza. Più volte ho fatto

la fantasia di dargli una scadenza oltre la quale se non avesse saldato il debito, avrei dovuto chiudere la terapia. D'altra parte, questa fantasia non mi convinceva pienamente e mi sentivo piuttosto come un boia che gli tagliava anche l'altra gamba.

A un certo punto, ho iniziato a riflettere in modo diverso. Ho cominciato a chiedermi che cosa stesse succedendo a noi due e in particolare a me. Che tipo di relazione stavo vivendo? Che ruolo il paziente mi stava facendo giocare? Mi sono domandato inoltre in cosa mi stessi involontariamente identificando con il paziente, e a quali aspetti di me quindi tendevo a curare nel paziente senza che me ne avvedessi. Innanzitutto mi era ben noto il tema del lavorare assiduamente e la tendenza a sovraccaricarmi di impegni. Ho quindi colto che, attraverso il non pagarmi, Fabio mi faceva sentire dipendente da lui, passivo e impotente, non libero di fare le mie cose e di esprimermi (avevo perfino paura che se gli avessi presentato il conto, lui si sarebbe arrabbiato e mi avrebbe abbandonato, e d'altra parte ironicamente ero io arrabbiato e pronto ad abbandonarlo). Forse questi miei vissuti di passività e dipendenza potevano essere vicini al modo in cui Fabio si era sempre sentito nella relazione in particolare con il padre. Il paziente stava probabilmente negando la sua passività, facendola agire a me (e alla moglie tenendola a casa dal lavoro dipendente da lui). Ma soprattutto io stavo negando a mia volta le mie parti passive e dipendenti, non riconosciute né in me, né dentro Fabio e quindi le agivo nel ruolo immaginario del terapeuta "buono" verso un paziente "poverino e bisognoso".

Rendendomi disponibile a pensare su di me, mi sono certamente aperto alla scoperta di parti mie non gradite. Tuttavia questo mi ha permesso di riconoscerle e affrontarle, e successivamente poterne parlare un po' alla volta anche al paziente, e questo ha al contempo permesso a Fabio di iniziare a entrare di più in contatto con se stesso e di cominciare a riconoscersi maggiormente.

Riassumendo, Cooper discute della *rêverie* e quindi della *privacy* quale spazio mentale privato dell'analista che permette da un lato alle fantasticherie e alle conversazioni interne di emergere e svilupparsi, dall'altro consente al terapeuta di rifletterci sopra. In aggiunta, ho provato a collegare l'idea di *privacy* con la capacità riflessiva e la possibilità di espandere il proprio livello di coscienza e di presenza a se stessi.

Concludo sottolineando ancora una volta l'importanza di usare la propria *privacy* non per arroccarsi difensivamente nell'idea dell'analista neutrale, ma come spazio mentale privato per pensare riflessivamente su di sé, sul paziente e sul legame che ci unisce, aprendosi anche ad individuare quelle parti personali che si vogliono curare a tutti i costi nell'altro.

BIBLIOGRAFIA

- Aron L. (1996) *Menti che si incontrano* trad. it., Raffaello Cortina, Milano, 2004.
- Beebe B., Lachmann F.M. (1998) *Co-costruire i processi interni e relazionali* trad. it., Ricerca Psicoanalitica, XII, 2: 119-160, 2001.
- Beebe B., Lachmann F.M. (2002) *Infant research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni* trad. it., Raffaello Cortina, Milano, 2003. .
- Billing M. (1999) *L'inconscio freudiano* trad. it., Utet, Torino.
- von Bertalanffy L. (1968) *Teoria generale dei sistemi* trad. it., Mondadori, Milano.
- Casonato M. (1996) *La teoria dei sistemi negli sviluppi della psicoanalisi contemporanea* Ricerca Psicoanalitica, VII, 1-2: 19-39.
- Damasio A.R. (1999) *The feeling of what happens: body and emotion in the making of consciousness* Harcourt, New York.
- Damasio A. R. (1995) *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano* trad. it., Adelphi, Milano.

- Damasio A. R. (2000) *Emozione e Coscienza* trad. it., Adelphi, Milano.
- De Robertis D. (2005) *Le logiche dei sistemi complessi: un potenziale per la teoria e la clinica psicoanalitica* Ricerca Psicoanalitica, XVI, 3: 319-330.
- Di Francesco M. (1999) *L'io e suoi sé. Identità personale e scienza della mente* Raffaello Cortina, Milano.
- Duruz N. (1985) *I concetti di narcisismo. Io e Sé* trad. it., Astrolabio, Roma.
- Edelman G. (1991) *Il presente ricordato* trad. it., Rizzoli, Milano.
- Fairbairn W.R.D. (1952) *Studi psicoanalitici sulla personalità* trad. it., Boringhieri, Torino.
- Fonagy P., Steele M., Steele H., Moran G., Higgi A. (1991) *The capacity for understanding mental states: the reflective self in parents and child and its significance for security and attachment* Infant Mental Health, vol. 12, 3.
- Fonagy P. (1995) *Mental representations from an intergenerational cognitive science perspective* Infant Mental Health Journal, 15: 57-68.
- Fonagy P., Target M. (2001) *Attaccamento e Funzione riflessiva* trad. it., Raffaello Cortina, Milano.
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. (2002) *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé* trad. it., Raffaello Cortina, Milano, 2005.
- Freud S. (1895) *Progetto per una psicologia* OSF, II, Boringhieri, Torino, 1989.
- Freud S. (1899) *L'interpretazione dei sogni* OSF, III, Boringhieri, Torino, 1989.
- Freud S. (1915) *Pulsioni e loro destini* OSF, IX, Boringhieri, Torino, 1989.
- Freud S. (1915) *L'inconscio* OSF, VIII, Boringhieri, Torino, 1989.
- Freud S. (1921) *L'io e l'Es* OSF, II, Boringhieri, Torino, 1989.
- Freud S. (1937) *Analisi terminabile e interminabile* OSF, XI, Boringhieri, Torino, 1989.
- Gell-Mann M. (1994) *Il quark e il giaguaro. Avventure nel semplice e nel complesso* trad. it., Boringhieri, Torino.
- Hegel, G.W.F. (1807) *La fenomenologia dello spirito* trad. it., Rusconi, Milano, 1995.
- Loewald H.W. (1960) *On the therapeutic action of psychoanalysis* Int. Jou. Psycho-Anal., vol 41:16-33.
- Lyons-Ruth K., Stern D., Sander L., Nahum J., Harrison A., Morgan A., Bruschiweiler-Stern N., Tronick E.Z. (1998) *Implicit relational knowing: its role in development and psychoanalytic treatment* Infant Mental Health Journal, 19, (3): 282-289.
- Minolli M. (1993) *Studi di psicoterapia psicoanalitica* Centro Diffusione Psicologia, Genova.
- Minolli M. (1996) *La psicoanalisi della relazione* Ricerca Psicoanalitica, VII, 1-2: 117-134.
- Minolli M. (1997) *Cambiamento sintomatico e cambiamento strutturale* Ricerca Psicoanalitica, VII, 2: 119-142.
- Minolli M. (2005) *Per un Io-Soggetto come sistema* Ricerca Psicoanalitica, XVI, 3: 355-374.
- Minolli M. (2006) *L'identità come presenza a se stessi* Ricerca Psicoanalitica, XVII, 2: 163-182.
- Minolli M. (2007) *L'autocoscienza o presenza a se stessi come ricerca della realtà e cardine della cura* Ricerca Psicoanalitica, XVIII, 2: 187-202.
- Pizer S.A. (1992) *The negotiation of paradox in the analytic process* Psychoanal. Dial, 2: 215-240.
- Pizer B. (1998), *Building bridges: the negotiation of paradox in psychoanalysis*, The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Pizer, B. (2003) *When the crunch is a (k)not: a crimp in relational dialogue* Psychoanal. Dial., 13: 171-192.
- Pizer B., Pizer S.A. (2005) *La negoziazione nella relazione e nella terapia di coppia* trad. it., Ricerca Psicoanalitica, XVI, 2: 137-159.
- Prigogine I. (1988) *Tra tempo e eternità: un' esplorazione dal caos all'ordine* trad. it., Boringhieri, Torino.
- Prigogine I. (1997) *La fine delle certezze: il tempo, il caos e le leggi di natura* trad. it., Boringhieri, Torino.
- Sander L.W. (2002) *Thinking differently. Principles of process in living systems and the specificity of being known* Psychoanalytic Dialogues, (12), 1: 11-42
- Stern D.N. (1985) *Il mondo interpersonale del bambino* trad. it., Boringhieri, Torino.
- Stern D. N. (1989) *La rappresentazione dei modelli di relazione: considerazioni evolutive* trad. it., in Sameroff A.J., Emde R.N. *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia* Bollati Boringhieri, Torino, 1991.
- Stolorow R., Atwood G. (1996) *The intersubjective perspective* Psychoanal. Rev., 83.
- Tronick E.Z. (1998) *Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change* Infant Mental Health Journal, 19, (3): 290-299.
- Tronick E.Z. (2002) *A model of infant mood states and sandarian affective waves* Psych. Dial., 12, (1): 73-99.

- Tronick E.Z. (2005) *Why is connection with others so critical? The formation of dyadic states of consciousness and the expansion of individuals' states of consciousness: coherence governed selection and the co-creation of meaning out of messy meaning making* in Nadel J., Muir D. *Emotional development* Oxford University Press.
- Tronick E.Z. (2006) *Lo sviluppo e la variazione della resilienza come variabili dipendenti dal normale stress dello sviluppo e dell'interazione* *Ricerca Psicoanalitica*, XVII, 3: 265-294.
- Villamira M.A. (1999) *Inter Actio o dell'interazione tra sistemi* Franco Angeli, Milano.
- Weinberg K., Tronick E.Z. (1994) *Beyond the face: an empirical study of infant affective configurations of facial, vocal, gestural and regulatory behaviors* *Child development*, 65: 1503-1515.
- Weinberg K., Tronick E.Z. (1996) *Infant affective reactions to the resumption of maternal interaction after the still-face* *Child development*, 67: 905-914.